

ESSAI
SUR LA
HERNIE PÉRITONÉO-VAGINALE
CHEZ L'ADULTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE MARDI 7 AOÛT 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par **Alphonse BADAIRE**

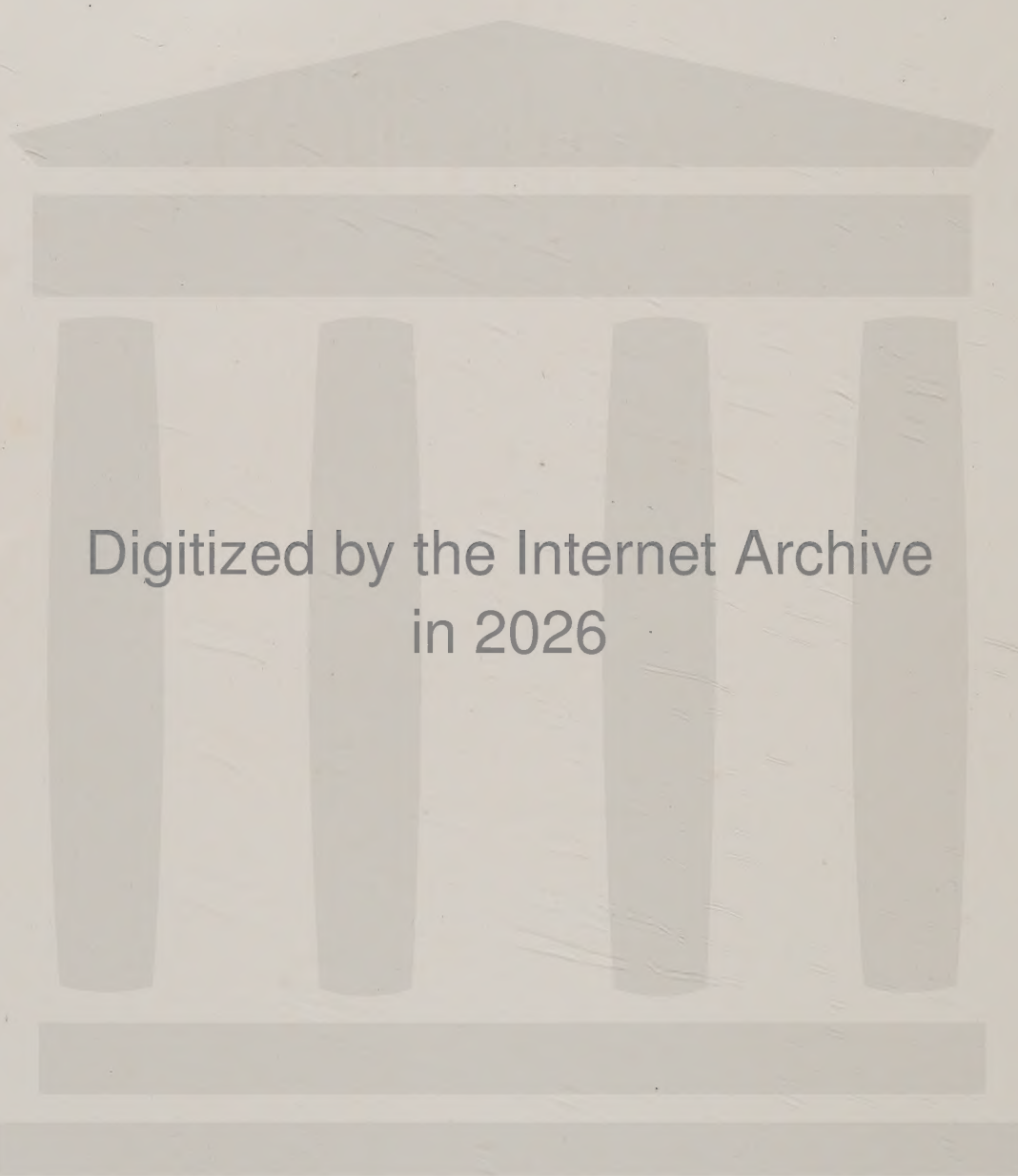
De Chavannes-les-Grands (Haut-Rhin).

NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

1883



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547426_0042

(1^{re} Série

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

N° 174)

ESSAI

SUR LA

HERNIE PÉRITONÉO-VAGINALE

CHEZ L'ADULTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE MARDI 7 AOUT 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par Alphonse BADAIRE

De Chavannes-les-Grands (Haut-Rhin).

NANCY

IMPRIMERIE POLYTECHNIQUE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. BACH ✱, CAILLIOT ✱, STOLTZ C ✱, SIMONIN ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES, professeur.	
Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.	
Histologie.....	M. MOREL ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. ROUSSEL ✱ et E. PARI- sot, prof. adj.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Chimie médicale et Toxicologie..	M. RITTER, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie générale, descriptive et topographique.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. N..., professeur.	
Clinique externe.....	M. N..., professeur.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

M. SCHLAGDENHAUF- FEN.	MM. SPILLMANN. E. DEMANGE.	MM. A. HERRGOTT. GARNIER.	M. WEISS.
---------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------

M. BONNET, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. GROSS, *président*; MM. CHRÉTIEN, E. PARISOT, WEISS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE

TÉMOIGNAGE DE MA VIVE AFFECTION ET DE MA PROFONDE RECONNAISSANCE

A mon Président de thèse,

M. LE PROFESSEUR GROSS

AVANT-PROPOS

L'embryologie nous apprend que le péritoine communique d'abord librement avec la tunique vaginale et que cette communication ne disparaît que dans les premiers temps de la vie.

D'autre part, des faits pathologiques nombreux ont révélé la persistance de cette disposition anatomique jusque dans l'âge adulte.

Cette voie ouverte, laissant un passage libre à l'intestin, peut devenir le point de départ de hernies dans la séreuse testiculaire. Elles ont été décrites depuis longtemps par les cliniciens, sous le nom de hernies *vaginales* (Hunter), hernies *dans la tunique vaginale* (Cooper), hernies *à canal ouvert* (Malgaigne).

Aujourd'hui, presque tous les auteurs dogmatiques leur donnent le nom de hernies *inguinales congénitales*, oubliant que, si la prédisposition anatomique, l'anomalie qui les engendre, date de la naissance, le fait pathologique lui-même peut se produire à un âge assez avancé.

C'est pourquoi, avec Chassaignac, nous les appellerons hernies *péritonéo-vaginales*, réservant, avec ce chirurgien, le nom de canal péritonéo-vaginal au trajet qui fait communiquer chez le fœtus, et parfois chez l'adulte, la grande séreuse abdominale avec la tunique vaginale.

C'est cette dernière anomalie et la hernie qui peut en être la suite qui feront l'objet de notre travail. Nous exposerons d'abord l'anatomie du canal péritonéo-vaginal ; puis, passant à ses conséquences pathologiques, nous étudierons successivement la Pathogénie, l'Anatomie pathologique, la Symptomatologie et les Complications, le Diagnostic et le Pronostic, enfin le Traitement de la hernie péritonéo-vaginale chez l'adulte.

L'histoire de la hernie péritoneo-vaginale est d'ailleurs intimement liée à celle de la hernie congénitale et peut n'être que la récurrence de cette dernière se montrant chez des sujets devenus plus âgés.

Aussi devons-nous plus d'une fois, dans le courant de ce travail, rappeler brièvement les principaux traits qui caractérisent la hernie de l'enfance, pour les mettre en parallèle avec ceux qu'on observe chez l'adulte.

M. le professeur Gross a eu récemment dans son service trois malades atteints de hernies péritonéo-vaginales dont nous donnons les observations.

Que notre maître veuille bien recevoir nos remerciements sincères pour les conseils bienveillants et éclairés qu'il nous a prodigués !

CHAPITRE PREMIER

Anatomie du canal péritonéo-vaginal.

Après avoir décrit la tunique vaginale et sa formation chez le fœtus, les auteurs ne manquent pas de signaler la persistance possible d'une communication, pendant les premiers temps de la vie, entre cette séreuse et le péritoine dont elle dérive.

En 1779, Wrisberg, dans une monographie sur la migration du testicule, fait observer que le trajet parcouru par cette glande, peut rester ouvert pendant plusieurs mois après la naissance.

Camper (1785), opérant sur 103 nouveau-nés, trouve ce canal ouvert 14 fois à droite, 8 fois à gauche, 34 fois des deux côtés.

J. Cloquet (1817) et Cooper (1833) publient à ce sujet le résultat de leurs recherches.

Plus récemment (1876) Zuckerkandl, prosecteur d'anatomie à Vienne, sur 100 enfants morts avant l'âge de trois mois, trouve 37 cas de persistance : 20 des deux côtés, 12 à droite seulement, 5 à gauche. L'anomalie est d'autant plus fréquente que le sujet est plus jeune.

Signalons encore les travaux de Féré portant sur 188 enfants au-dessous de neuf ans. La persistance plus ou moins com-

plète du canal fut rencontrée 11 fois des deux côtés, 16 fois à droite seulement, 14 fois à gauche.

Chez les 18 autres, l'oblitération n'était même pas ébauchée.

Voici l'âge de ces 59 enfants atteints d'anomalie :

Un mois et au-dessous	32
Deux à trois mois.....	6
Trois à six mois.....	11
Six mois à neuf mois.....	10
Total.....	59

Comme on le voit, les recherches de ces auteurs portaient exclusivement sur l'enfant.

C'est à un prosecteur de la Faculté de Paris que revient l'honneur d'avoir décrit, dans sa récente thèse, le canal péritonéo-vaginal chez l'adulte.

M. Ramonède a disséqué 215 cadavres pris au hasard, porteurs ou non de hernies.

Voici l'âge de ces 215 sujets :

De 15 à 20 ans.....	19
De 20 à 30 —	45
De 30 à 40 —	64
De 40 à 50 —	53
De 50 à 60 —	24
De 60 à 70 —	8
De 70 à 80 —	2
Total	215

185 n'ont présenté rien de particulier ; 32, au contraire, soit 5 0/10, ont offert des cas de persistance plus ou moins marquée.

Cet anatomiste les a divisés en trois classes qui sont, par ordre de fréquence :

1° L'anomalie du premier degré : C'est un cul-de-sac infundibuliforme ne dépassant pas le fascia transversalis fibreux.

Il a été constaté sur 26 sujets. Sur 20, il était unilatéral (12 fois à droite, 8 fois à gauche). Il existait des deux côtés dans les 6 autres cas.

2° L'anomalie du deuxième degré ou *péritonéo-funiculaire*. Ici, un diverticule en doigt de gant pénètre plus ou moins dans le canal inguinal, mais se termine en impasse sans jamais communiquer avec la tunique vaginale. L'auteur l'a vu quatre fois.

3° L'anomalie du troisième degré ou *péritonéo-vaginale* proprement dite. Ici la communication est parfaite entre les deux séreuses. Deux sujets seulement en étaient porteurs.

On conçoit aisément qu'il doit exister bien des variétés dans ces malformations, car rien n'est aussi changeant qu'une anomalie. Cependant, considérant que celle du troisième degré contient toutes les autres, M. Ramonède s'est attaché à la décrire avec un soin minutieux. Injectant dans ces cavités des liquides solidifiables, il a obtenu des moules dont il reproduit l'image fidèle sur des planches parfaitement gravées.

En étudiant ces moules, on constate que le canal *péritonéo-vaginal* offre à considérer :

1° A son origine, en arrière du fascia transversalis, une embouchure infundibuliforme dont le sommet, dirigé en haut et en avant, repose sur l'arcade crurale, et dont la base, évasée, s'ouvre dans la cavité péritonéale.

2° Au point où le canal *péritonéo-vaginal* traverse le fascia transversalis, un premier rétrécissement.

3° Dans le canal lui-même, une première dilatation ovoïde allongée.

4° Au niveau de l'anneau du grand oblique, un deuxième rétrécissement.

5° Une deuxième dilatation contenue dans les bourses et sé-

parée de la tunique vaginale par un troisième rétrécissement.

L'auteur décrit encore des valvules qu'il a rencontrées dans les points rétrécis. On peut les considérer comme les vestiges d'un travail d'oblitération inachevé. Ces valvules sont, pour les hernies qui s'y engagent, autant d'agents d'étranglement.

Le canal péritonéo-vaginal suit la même direction que le canal déférent. Il se dirige d'abord d'arrière en avant et de dedans en dehors. Puis, au niveau de l'artère épigastrique, il s'infléchit brusquement. Le reste du trajet est vertical.

Tels sont les résultats de ce travail remarquable qui sera consulté avec fruit par tous ceux qui voudront étudier la question qui nous occupe.

Cette anomalie nous paraît être un arrêt de développement comme le bec-de-lièvre, la monorchidie, la cryptorchidie. Comme ces difformités, elle peut être transmise par le père à l'enfant. Aussi Ramonède se demande-t-il si l'on ne pourrait pas expliquer ainsi, dans bien des cas, l'hérédité herniaire.

Nous voyons un autre argument en faveur de cette idée, dans ce fait que la communication péritonéo-vaginale qui est l'exception chez l'homme, est la règle chez la plupart des mammifères. Même, chez beaucoup de ces animaux, le passage conserve toujours son calibre primitif, de sorte que les testicules peuvent rentrer dans la cavité abdominale ou en sortir. C'est principalement à l'époque du rut qu'ils se montrent au dehors (1).

L'oblitération complète n'existe que chez le Chimpanzé d'Afrique. Les partisans de l'atavisme peuvent conclure de ces données que l'anomalie péritonéo-vaginale est un vestige d'animalité.

(1) Ces animaux doivent probablement à leur station horizontale le privilège d'échapper à la hernie.

CHAPITRE II

Historique — Pathogénie — Variétés.

La hernie qui nous occupe a été longtemps regardée comme un fait pathologique très rare.

Reconnue par Haller (1759) et nommée par lui hernie inguinale congénitale, elle se trouve décrite sous le même nom trois ans plus tard par Hunter. Ces deux auteurs en font une maladie de la première enfance.

En 1830, Lafont, élève de Dupuytren, dans sa thèse inaugurale, en signale le premier l'existence chez l'adulte.

Trois ans après, Cooper, opérant un jeune homme de 22 ans, porteur d'une hernie inguinale survenue brusquement à la suite d'un effort et étranglée d'emblée, relate chez ce sujet la persistance du canal péritonéo-vaginal.

Plus tard Malgaigne, et après lui Nélaton et Gosselin en font l'histoire détaillée.

Cependant Roser, en Allemagne (1843), semble s'être fait une idée exacte de la fréquence de cette affection lorsqu'il s'exprime en ces termes :

« Les sacs des hernies inguinales externes sont ordinaire-
« ment congénitaux, c'est-à-dire qu'ils dépendent d'une
« oblitération incomplète du prolongement foetal du péritoine,
« autrement dit du canal vaginal, dont l'occlusion rencontre

« tant de difficultés après la descente du testicule. Chez bien
« des individus, l'occlusion du canal vaginal ne peut s'effec-
« tuer ; tout le canal reste ouvert, et il se forme une hernie
« qui est logée dans la même cavité séreuse que le testicule.

» Plus souvent encore, l'oblitération ne se fait qu'au dessus
« du testicule et la partie supérieure du canal reste ouverte,
« ce qui donne lieu à une espèce de sac herniaire qui devient
« une hernie véritable par la pénétration d'une anse intes-
« tinale. »

Signalons enfin les deux thèses toutes récentes de Duret et de Ramonède. Ce dernier surtout, en décrivant l'anomalie péritonéo-vaginale, a expliqué l'étiologie de cette hernie et la pathogénie des accidents qu'elle entraîne.

Ici, comme dans bien d'autres affections, on trouve une *cause prédisposante* et une *cause occasionnelle*. La cause prédisposante nous est connue : c'est la non oblitération plus ou moins marquée du canal péritonéo-vaginal.

Si on consulte les recherches anatomiques signalées plus haut et faites sur des enfants de divers âges, on constate une grande variété de résultats. Entre la persistance entière de la communication et la fermeture parfaite du conduit, il existe une foule d'états intermédiaires plus ou moins propres à arrêter l'intestin dans sa marche.

Ce travail d'oblitération qui est la loi naturelle, qui doit se faire normalement à la suite de la migration testiculaire, ce travail, disons-nous, peut subir des temps d'arrêt, manquer dans une certaine étendue, se faire sur d'autres points, constituant ainsi ces diaphragmes, ces rétrécissements décrits par le prosecteur de Paris.

Nous sommes alors en présence d'une route plus ou moins défendue. Ces cloisons incomplètes peuvent être suffisantes pendant un temps assez long, jusqu'à l'âge où commencent

les grands efforts musculaires, permettant ainsi l'oblitération progressive du conduit. Au contraire, elles peuvent être insuffisantes, incapables de résister à un brusque effort : dans ce cas l'intestin se précipite dans cette voie accessible, la franchit, atteignant d'un seul coup le fond du sac scrotal ; ou bien il est arrêté en route, dans un endroit du trajet mieux fermé.

Cet accident se produit à trois âges déterminés de l'enfance. Ce sont : l'époque des premiers cris, l'époque des premiers pas, l'époque des premiers efforts musculaires. Et par premiers efforts musculaires, il faut entendre surtout les exercices de gymnastique, qui font partie aujourd'hui, et à juste titre, de toute éducation bien comprise.

Nous connaissons deux cas de hernies brusques survenues chez des enfants de 11 à 12 ans pendant l'exercice bien connu des *barres parallèles*. Un de ces sujets, aujourd'hui adulte, est atteint d'ectopie inguinale testiculaire. Il est certain qu'en consultant les médecins des établissements d'instruction secondaire, on pourrait recueillir bien des cas de ce genre.

Ces hernies de l'enfance sont ordinairement sans gravité. Si elles sont la cause de quelques douleurs, de quelques coliques, ces accidents ne vont que très rarement jusqu'à l'étranglement proprement dit.

Chez l'adulte, la hernie péritonéo-vaginale offre des caractères particuliers dus à son mode d'apparition et à la cause immédiate qui la produit.

Qu'elle se montre à titre de récurrence ou pour la première fois, elle peut survenir d'une façon brusque ou d'une façon lente.

Le premier cas est le plus fréquent. L'intestin descend subitement, parcourt d'un trait le canal ouvert, jusqu'au

fond du sac. Cet accident s'accompagne ordinairement de vives douleurs, de phénomènes d'irréductibilité, souvent même d'étranglement.

On dirait que le canal, libre et extensible dans les premiers âges, a acquis maintenant cette sorte de rigidité, de tonicité qui étrangle. De plus, ces cloisons imparfaites, ces diaphragmes qui défendaient le passage, deviennent eux-mêmes autant d'obstacles à la réduction, autant d'agents de constriction.

Lorsque la tumeur se forme lentement, le malade remarque dans sa région inguinale une tumeur devenant progressivement plus volumineuse, s'arrêtant au bout d'un certain temps au niveau de l'anneau externe ou un peu au-dessous (variété funiculaire), ou bien dépassant ce niveau pour atteindre d'un seul coup le fond des bourses (variété vaginale testiculaire).

Dans ce dernier mode de production, la voie s'étant élargie petit à petit peut tolérer plus facilement l'habitation intestinale. Aussi l'étranglement d'emblée est-il moins souvent observé.

La rupture de ces brides incomplètes, de ces barrières utiles paraît se produire sous l'influence d'un effort ou d'une série d'efforts, et la théorie classique de la production herniaire est presque toujours applicable ici.

Cependant il nous a semblé que, dans les cas relatés dans nos observations II et III, le traumatisme avait été la cause immédiate de la hernie.

Cette origine traumatique de la hernie n'est pas signalée par les auteurs classiques.

Malgaigne seul rapporte que, sur 310 cas de hernies inguinales, il en a vu neuf survenir à la suite d'un coup de pied sur le ventre.

Cooper relate aussi un cas de hernie péritonéo-vaginale survenue consécutivement à un coup de pied de cheval dans la région inguinale. Deux heures après l'accident, ce chirurgien constata que la tumeur occupait déjà le scrotum. Quarante-huit heures après, la kélotomie dut être faite.

Il est probable que, dans bien d'autres cas mal observés, la cause occasionnelle fut analogue. Seulement, l'habitude étant invétérée, on a une tendance invincible, dans le monde médical comme dans le peuple, à attribuer d'emblée l'apparition herniaire à un effort.

Mais comment le traumatisme peut-il agir ? Peut-il érailler, distendre, déchirer quelques brides cicatricielles ?

Est-il permis de croire qu'un coup de bâton, par exemple, appliqué sur la région inguinale, puisse faire éclater les brides qui obstruent plus ou moins le canal ?

Ou bien, faut-il mettre cet accident sur le compte d'une inflammation consécutive à la contusion, inflammation qui provoquerait un certain degré de ramollissement et par suite la dilatation et la perméabilité du canal ?

Cette dernière explication semble plus satisfaisante, surtout dans les cas où la hernie ne se montre pas brusquement. C'est d'ailleurs ce qui paraît avoir existé dans le cas de notre observation III, où la hernie apparut après une funiculite manifeste.

En résumé, la hernie péritonéo-vaginale se manifeste chez l'enfant dont le canal est ouvert ou imparfaitement oblitéré. Elle peut aussi apparaître chez l'adulte qui est porteur de cette anomalie.

Si elle est due, dans la plupart des cas, à un effort ou à une série d'efforts, elle peut aussi être d'origine traumatique.

Ce fait mérite d'être élucidé par d'autres observations. Il a une importance médico-légale qui n'échappera à personne.

Enfin, une question se présente naturellement à l'esprit. La hernie inguinale congénitale peut-elle exister chez la femme ?

Chez le fœtus féminin, le ligament rond est accompagné jusqu'à sa terminaison par un manchon cylindrique péritonéal. C'est le canal de Nüek, dont les dimensions sont très variables : souvent il permet l'introduction du doigt.

J. Cloquet en a constaté l'existence chez des femmes de tout âge. On doit donc admettre qu'il peut exister chez la femme une hernie inguinale congénitale analogue à celle de l'homme.

Ne sait-on pas, d'ailleurs, que la hernie inguinale chez les petites filles est bien moins rare que chez les femmes adultes ?

Aussi a-t-on le droit de s'étonner de ne trouver dans la science aucun cas de hernie inguinale congénitale chez la femme adulte.

Nous avons vu plus haut qu'il existait deux grandes classes de hernies péritonéo-vaginales déjà décrites par Malgaigne sous les noms de *vaginale testiculaire* et de *vaginale funiculaire*.

Autour de ces deux variétés se groupent des faits exceptionnels dont on trouve quelques observations dans les auteurs. Duret les a analysés dans une thèse toute récente.

En voici une description succincte :

1° Hernie *inguino-propéritonéale*. — Elle se développe au voisinage de l'anneau interne, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Le sac envoie un diverticulum dans le canal inguinal. De cette disposition résulte une hernie en bissac dont une portion est abdominale, l'autre, inguinale ou scrotale.

La partie abdominale peut se trouver dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, ou bien se développer sur les côtés de la vessie entre cet organe et le pubis, ou enfin dans le tissu cellulaire du petit bassin au voisinage du trou obturateur.

Sur 24 cas rapportés par Kronlein, on trouve 13 exemples de la première disposition, 8 de la seconde, 3 de la troisième.

2° Hernie *inguino-interstitielle*. — Ici, la condition pathogénique réside dans l'étroitesse congénitale de l'anneau externe. Le testicule étant arrêté à ce niveau en ectopie inguinale, si une anse herniaire s'engage dans le canal, elle ne pourra se développer qu'en dissociant les plans musculaires de la paroi abdominale, remontant ainsi plus ou moins haut vers l'ombilic.

3° Hernie *funiculo-testiculaire*. — On peut dire que c'est un état intermédiaire entre la hernie testiculaire et la funiculaire. C'est une hernie funiculaire dont le sac communique en bas par un orifice rétréci avec la tunique vaginale. C'est à ce niveau que s'est fait l'étranglement dans le cas exposé par Trélat devant la Société de Chirurgie (Voy. obs. IV).

4° Hernie *enkystée de la vaginale*. — La séreuse vaginale peut contenir l'anse intestinale, un épanchement séreux, le testicule. C'est une hernie qui peut pénétrer par des mécanismes divers dans une hydrocèle congénitale. Tantôt elle s'invagine dans cette collection liquide sans y pénétrer (Obs. de Bourguet). Tantôt elle s'y adosse seulement (fait de Dupuytren). D'autres fois enfin, elle entre par effraction, par déchirure, dans cette tumeur séreuse.

N'ayant pas observé de ces variétés si rares, nous ne les décrirons pas plus longuement.

Il sera fait, dans une autre partie de ce travail, une étude spéciale des hernies péritonéo-vaginales compliquées d'ectopie testiculaire. Ces faits sont bien moins rares que les précédents.

CHAPITRE III

Anatomie Pathologique.

L'histoire anatomique de la hernie péritonéo-vaginale offre une grande analogie avec celle de la hernie congénitale.

Le *sac* est formé par la séreuse péritonéo-vaginale. Aussi est-il mince, transparent et inextensible.

Ses dimensions varient suivant qu'il atteint le fond du scrotum (vaginale proprement dite) ou qu'il se termine dans un point plus ou moins élevé au-dessus de la séreuse testiculaire (vaginale funiculaire). Dans ce dernier cas, on peut découvrir le cordon fibreux de Cloquet allant du fond du sac au sommet de la tunique vaginale. C'est un vestige du canal oblitéré en ce point.

L'enveloppe herniaire distendue offre l'aspect d'une tumeur pyriforme dont la grosse extrémité est inférieure et dont le sommet va en se perdant dans le canal inguinal. C'est surtout dans la première variété que l'on observe cette disposition.

Dans la variété funiculaire, il affecte plutôt la forme d'un sablier chronomètre divisé en deux petites cavités séparées par un point rétréci.

Sa face externe est en rapport avec la face interne du canal inguinal. En arrière, elle recouvre les éléments du cordon. Sa face interne, lisse, lubrifiée par la sérosité, est en contact avec les organes herniés

Les rapports du sac avec le testicule sont très variables. Dans la première variété, sauf ectopie, cet organe est contenu dans le sac : il en occupe la partie postérieure, inférieure et interne ; il est en rapport immédiat avec les organes déplacés.

Dans la variété funiculaire, l'organe mâle est situé au dessous du sac, séparé par un certain espace. Cependant il n'est pas rare de le trouver en ectopie inguinale, arrêté à l'orifice externe ou un peu au-dessus, touchant la partie inférieure du sac.

Il peut aussi exister une disposition fort intéressante décrite en 1851 par Follin et qui existait probablement chez le sujet de notre observation III Elle consiste en ce que le testicule est arrêté au niveau de l'anneau externe, l'épididyme et le canal déférent pénétrant dans le scrotum.

Le *contenu* du sac se compose de l'intestin avec ou sans épiploon, baignant dans une certaine quantité de liquide séreux. L'anse herniée appartient à l'intestin grêle, sans doute à cause de l'étroitesse de l'orifice supérieur.

Sa longueur moyenne est de 8 à 12 centimètres. Cependant Cooper en a trouvé de 16 centimètres et Tillaux de 30.

L'épiploon se rencontre dans un cinquième des cas.

Tel est le tableau que présente l'examen anatomique d'une hernie péritonéo-vaginale récente.

Mais, si la hernie est ancienne, si elle a été mal contenue, il se produit, à la suite de cette habitation prolongée, des modifications importantes qui intéressent le canal et son contenu.

Les changements survenus dans le trajet inguinal offrent des caractères qui sont tout particuliers à ces hernies. En effet, loin de tendre à se rapprocher, à se confondre en un seul, comme dans la hernie commune, les deux orifices ne cessent de s'éloigner l'un de l'autre.

Cet écartement continu a pour résultat de repousser très

haut l'orifice interne et d'augmenter progressivement la longueur du conduit péritonéo-vaginal. En même temps, il s'opère de la part de la tumeur une pression excentrique, qui a pour effet de dilater la région dans le sens de la largeur.

Dans sa thèse d'agrégation (1853), Broca, relatant une autopsie, rapporte qu'au dessus de l'anneau externe existait une dilatation du sac, de 3 à 4 centimètres de diamètre, et que l'orifice inguinal interne était séparé de l'anneau du grand oblique par une distance de 8 centimètres. La hernie datait de onze années.

Bouchard, de Vire, sur un malade de 58 ans, hernieux depuis son enfance, trouva une distance de 2 pouces et demi.

Du côté du sac, l'ancienneté de la hernie produit des adhérences intimes avec les parties voisines, en particulier avec les éléments du cordon qui ne sauraient en être séparés sans déchirure. Grâce à cette connexion intime, ceux-ci ne sont pas dissociés.

Cependant Chassaignac les a trouvés étalés au devant de la tumeur. D'autre part, James Shepperd a trouvé les vaisseaux au côté interne du sac ; en avant, se trouvait le canal déférent, qui fut divisé pendant la kélotomie.

Ces faits exceptionnels pourraient bien avoir été des hernies inguinales communes, regardées par erreur comme péritonéo-vaginales.

Les parois d'un sac ancien peuvent être épaissies par le fait d'une inflammation chronique. Il n'est pas rare de voir des brides prendre naissance à sa face interne et faire saillie dans sa cavité. Ou bien encore ces brides affectent la forme de diaphragmes circulaires qui peuvent devenir à un moment donné des agents d'étranglement redoutables.

Le testicule inclus dans une hernie ancienne est petit, atrophié. Malgaigne en trouvait l'explication dans le fait de la

compression que subit cet organe de la part des viscères. C'est possible. Mais il est permis de croire aussi que la glande séminale participe à l'arrêt de développement qui a frappé toute la région, car, dans la hernie récente, il est rare qu'on la trouve d'un volume normal.

La hernie péritonéo-vaginale ancienne peut, comme toutes les autres, se compliquer d'accidents qui amènent l'irréductibilité de la tumeur. Ce sont l'engouement, l'inflammation du sac, etc., etc.

Elle peut aussi s'étrangler. Et cette complication malheureuse occasionne en peu de temps des lésions qui méritent une mention spéciale.

Le *siège de l'étranglement* se trouve parfois vers l'orifice externe ou en différents points de la surface du sac. Le plus souvent il occupe l'orifice interne.

Le collet que l'on rencontre à l'orifice interne est pourvu d'un diaphragme mince, tranchant, considéré par Ramonède comme pathognomonique de la hernie péritonéo-vaginale.

« Que, sous l'influence de conditions pathologiques déterminées, dit-il, le collet d'une hernie acquise devienne dur, saillant, tout en restant régulièrement circulaire, la chose est bien certaine. Ce que la maladie semble impuissante à créer, c'est un véritable diaphragme mince, formé par la séreuse adossée à elle-même, séreuse transparente, parfaitement saine en un mot et sans trace de tissu fibreux.

« Un tel collet, je le répète, est un collet de hernie péritonéo-vaginale.

« Mais ce diaphragme peut disparaître, et cela de deux façons : ou bien il est brisé par l'effort qui pousse l'intestin dans le canal, ou bien il est effacé à la longue par la pression excentrique prolongée de l'intestin.

« Enfin, il est des cas où le canal ne possède pas ordinairement un tel diaphragme.

« Si donc la présence d'un diaphragme permet d'affirmer à coup sûr la nature congéniale d'une hernie, son absence n'est pas synonyme de hernie acquise. »

On trouve d'autres agents d'étranglement plus rares, mais coexistant parfois avec le précédent. Ils se rencontrent plus souvent au niveau de l'orifice externe et au-dessus, sur la paroi du sac. Ce sont les diaphragmes circulaires décrits plus haut. Ils produisent sur la paroi de l'intestin des stries blanches nacrées, parallèlement circulaires.

Leurs effets de constriction peuvent aller jusqu'à perforer l'anse herniée (Goyrand). Toutefois cet accident est très rare.

Rarement aussi l'intestin est gangrené, ce qui est dû à la promptitude de l'intervention chirurgicale qui s'impose de bonne heure. Cet organe n'est ordinairement que congestionné. L'épiploon est rouge, violacé.

A l'ouverture *post mortem* de la cavité abdominale, on est souvent surpris de ne constater que des traces d'injection péritonéale sans pus ni fausses membranes, rien qui puisse expliquer une mort parfois très rapide.

Par contre, il n'est pas rare de trouver dans le petit bassin une certaine quantité de sérosité louche, parfois sanguinolente qui n'est autre que le liquide du sac refoulé dans l'abdomen.

Cette sérosité, sous l'influence d'un taxis immodéré ou d'autres manœuvres, peut être devenue septique, et, placée dans ce milieu d'absorption par excellence, avoir intoxiqué le malade (Voir obs. II).

CHAPITRE IV

Symptômes — Complications.

Nous étudierons dans ce chapitre les différents états que peut présenter la hernie péritonéo-vaginale.

Cette hernie peut être :

- 1° Simple ;
- 2° Compliquée d'ectopie testiculaire, avec ou sans adhérences ;
- 3° Compliquée d'hydrocèle ;
- 4° Etranglée.

1° *Hernie péritonéo-vaginale simple.* — Ses caractères physiques sont la conséquence de la poche qui la renferme.

Dans sa première variété, cette tumeur est pyriforme, à grosse extrémité inférieure, à sommet cylindroïde, rétréci, pénétrant dans l'orifice inguinal externe pour former dans le canal une dilatation ovoïde, dans le pli de l'aîne, parallèlement à l'arcade de Fallope, en soulevant la paroi antérieure du canal.

La consistance varie avec le contenu. Elle est uniforme dans le cas d'entérocele. Au contraire, la présence de l'épiploon donne lieu à une tumeur molle, pâteuse, présentant des inégalités de surface.

Le volume est moindre que dans la hernie commune, surtout si le sujet est jeune.

La sonorité existe partout à la partie supérieure de la tumeur. Dans les parties déclives, la percussion peut donner lieu à un son mat, dû à la présence d'une certaine quantité de liquide.

Le trajet inguinal est conservé, l'anneau interne et l'anneau externe n'ayant aucune tendance à se rapprocher.

Le testicule est renfermé dans la poche, en contact avec les organes déplacés et le liquide qui peut y être contenu. Aussi est-il souvent très difficile et même impossible de le sentir par la palpation.

Au contraire, dans le type *vaginal funiculaire*, l'extrémité inférieure du sac s'arrêtant au niveau de l'anneau externe ou un peu au-dessous, la glande séminale est facilement perçue dans sa poche.

Dans cette dernière variété, la séparation peut être complète entre la tunique vaginale et le sac herniaire, ou bien il peut exister un cloisonnement incomplet, mais suffisant pour empêcher la tumeur d'atteindre le testicule.

Un autre caractère de cette deuxième variété peut être perçu en promenant légèrement le doigt sur la surface de cette hernie; on a la sensation de bosselures, d'inégalités, dues à un travail inachevé d'oblitération du conduit.

Les symptômes fonctionnels de la hernie péritonéo-vaginale n'offrent rien de spécial. Elle est généralement réductible.

2° *Hernie péritonéo-vaginale compliquée d'ectopie testiculaire*. — Rizzoli (de Bologne) a décrit dix-huit variétés cliniques résultant de cette anomalie. C'est un travail d'imagination qui ne repose la plupart du temps sur aucun fait.

Aussi ne le suivrons-nous pas dans cette voie et nous bornerons-nous à signaler les faits qui ont été observés.

Ledentu relate dans sa thèse une observation de Huecke, dans laquelle, malgré une ectopie abdominale double, il s'était produit une hernie dans le canal péritonéo-vaginal.

Ce fait n'a rien d'invraisemblable, si l'on songe au mode de formation de la tunique vaginale, qui descend dans les bourses avant le testicule, ce dernier organe pouvant rester indéfiniment dans le ventre.

Nous n'avons pas trouvé de cas de hernies péritonéo-vaginales développées dans le cas d'ectopie crurale. Goyrand en a vu une chez un individu porteur d'ectopie périnéale.

Beaucoup plus fréquente est la hernie qui accompagne l'ectopie inguinale. Elle offre trois variétés qui sont sous la dépendance de la disposition anatomique de la séreuse.

1° Le canal n'a subi aucune oblitération : la communication péritonéo-vaginale est parfaite, le testicule étant arrêté au dessus de l'anneau externe.

Nous avons une hernie vaginale testiculaire. Malgaigne la décrit en ces termes :

« La hernie vaginale testiculaire, lorsque le testicule est
« retenu à l'anneau, est facile à reconnaître, parce que le canal
« inguinal fait saillie à chaque effort ; et, quelquefois même,
« quand l'anneau n'est pas bouché absolument par le testicule,
« on sent une petite pointe d'intestin qui se glisse au dehors.
« Si le testicule est hors du canal, la hernie se précipite de-
« vant lui et le cache. »

2° Le canal péritonéo-vaginal est demeuré ouvert dans sa portion funiculaire seulement, la glande séminale étant arrêtée à l'anneau externe ou bien au-dessus, plus ou moins haut dans le canal.

Dans ce cas, la hernie est funiculaire. On sent au-dessus de la glande, séparée par un léger interstice, une tumeur oblongue, donnant la sensation de gargouillement. Le doigt intro-

duit dans l'anneau externe peut sentir le testicule libre, mobile, tendant à sortir si le malade fait un effort.

3° Enfin, il peut exister une autre disposition dans laquelle, le testicule restant en ectopie près de l'orifice externe, l'épididyme descend plus ou moins vers le scrotum, entraînant avec lui la vaginale.

Follin l'a déjà décrite en 1851, alors qu'il était prosecteur de la Faculté de Paris, et en a déposé quatre pièces au musée Dupuytren. Nous laissons la parole à ce savant chirurgien :

« Quand le testicule descendu jusqu'au niveau du canal inguinal s'y trouve arrêté, l'épididyme et le canal déférent qui l'ont suivi jusqu'à ce point de son trajet, peuvent l'abandonner et descendre plus bas encore ; en effet, l'obstacle qui empêche le testicule de descendre, peut fort bien ne pas se rencontrer pour l'épididyme et le canal déférent.

« Ces deux parties de l'appareil testiculaire se séparent alors du testicule, continuent leur marche, franchissent l'anneau et descendent dans un point plus ou moins bas du scrotum. C'est chose facile à concevoir, quand l'obstacle consiste dans une étroitesse de l'anneau externe, par exemple. Cette étroitesse peut être assez grande pour arrêter le testicule et ne point s'opposer à la descente de l'épididyme, constamment sollicité par l'action de la pesanteur ; une quantité plus ou moins considérable d'épididyme sort au-devant de l'anneau externe.

« D'ailleurs, dans l'état normal, c'est la queue de l'épididyme qui s'engage la première. »

Si nous avons donné tout au long cette citation de Follin, c'est qu'un de nos malades (obs. III) présentait cette singulière disposition anatomique.

Le scrotum ne contenait pas de testicule à droite.

A la suite d'un traumatisme qui avait porté sur la région

inguinale, l'inflammation avait rendu très palpable un canal dur, résistant, douloureux, qui descendait au-dessous de l'anneau externe et se dirigeait vers le scrotum. On avait sous le doigt la sensation parfaite de l'épididymite.

Lorsque les phénomènes d'inflammation aiguë eurent disparu, on sentit assez facilement le testicule en ectopie inguinale et ses annexes au-dessous de l'orifice cutané du canal.

Nous avons dit que le testicule pouvait contracter des adhérences avec les organes herniés. On en trouvera un exemple dans notre observation I, dans laquelle il s'agit d'une entéro-épiplocèle.

Pendant l'opération, après avoir réduit l'intestin, M. le professeur Gross, voulant enlever la masse épiploïque, constata qu'elle adhérait très fortement par sa partie inférieure contre les tuniques du testicule, ou peut-être, contre le testicule lui-même. En tirant sur elle, le chirurgien entraînait la glande séminale. Le paquet épiploïque dut être réséqué et enlevé entre deux ligatures de catgut.

Vidal de Cassis rapporte un fait analogue observé sur la personne même de Zimmermann. La situation était devenue tellement pénible, que ce médecin demanda à en être délivré à tout prix. Il fut opéré par Schmucker et finit par guérir après bien des accidents.

Pour expliquer ces adhérences, Schmidt, après Langenbeck, a émis l'hypothèse que, pendant la vie intra-utérine, une péritonite localisée a soudé les deux viscères et que le testicule a entraîné l'autre dans sa migration physiologique.

Pourquoi ne se produiraient-elles pas tout simplement après la descente des viscères, par suite de péritonite herniaire ?

3° *Hernie compliquée d'hydrocèle.* — On a vu plus haut que le sac d'une hernie péritonéo-vaginale contenait fréquemment

une certaine quantité de sérosité. Ce liquide peut être dû à une hydrocèle concomitante.

La poche liquide donne un son mat à la percussion, semble fuir sous les doigts en se réduisant et ne produit pas de gargouillement. L'éclairage fait constater la transparence.

Dans la variété funiculaire, la tumeur liquide peut occuper le pli de l'aîne avec ou sans ectopie testiculaire.

« Dans ce cas, dit Duret, on observe des tumeurs ovoïdes
« formées d'un mélange de liquides, de fluides élastiques et
« de parties molles, dont les unes rentrent et dont les autres
« persistent. Elles ont été prises, suivant les époques, pour
« une hydrocèle, pour une hernie, ou pour un testicule en
« ectopie. S'il n'existe pas d'adhérences, on peut repousser
« l'intestin, qui gargouille en rentrant, l'eau qui fuit par la
« même voie : le testicule seul reste. Ces tumeurs peuvent
« devenir phlegmoneuses, ou sont le siège d'un étranglement ;
« phénomènes qui compliquent encore le diagnostic. »

4° *Hernie péritonéo-vaginale étranglée.* — L'étranglement constitue l'accident le plus redoutable. Il peut survenir d'emblée (obs. II), au moment même de la production herniaire, ou bien à une époque indéterminée (obs. I).

Cet accident présente au plus haut degré et très vite les phénomènes alarmants qui le signalent ordinairement.

Le facies est grippé, les yeux sont excavés, le pouls est filiforme, l'anxiété est extrême.

En même temps on constate que le ventre est rétracté et tendu, que la constipation est opiniâtre et qu'il n'y a plus aucune émission gazeuse par la voie rectale.

Bientôt apparaissent des éructations, des vomissements, bilieux d'abord, puis fécaloïdes.

La tumeur est tendue, rénitente, sonore. Les éléments du

cordons sont douloureux ; on ne saurait les toucher sans arracher des cris au patient.

La peau du scrotum est généralement intacte. Un épanchement liquide se produit ordinairement très vite dans la séreuse et peut faire croire à une vaginalite aiguë, surtout si les phénomènes d'étranglement ne sont pas très accentués et si la hernie n'a pas été reconnue immédiatement.

Enfin, le testicule en ectopie peut être une cause d'étranglement.

Richter, cité par Duret, dit qu'un homme qui n'avait pas de testicule dans le scrotum à gauche, mais une hernie scrotale, avait des symptômes d'étranglement quand cet organe se présentait à l'anneau et comprimait les viscères : la réduction faisait cesser tous les accidents.

Jobert reconnut, dans un cas, que le testicule situé à l'orifice supérieur du canal inguinal déterminait l'étranglement avec l'orifice abdominal ; la hernie s'était glissée entre lui et l'anneau.

CHAPITRE V

Diagnostic et Pronostic.

Le chirurgien qui veut arriver à distinguer d'une façon précise une hernie péritonéo-vaginale d'une hernie commune, doit s'informer avec soin des antécédents héréditaires de son malade.

Nous croyons, avec Ramonède, que l'explication rationnelle de l'hérédité des hernies inguinales se trouve dans l'hérédité de la cause prédisposante par excellence : la persistance du canal péritonéo-vaginal.

Il est certain que cette théorie satisfait mieux l'esprit que la prétendue faiblesse constitutionnelle des anneaux. Déjà J. Cloquet avait battu en brèche cette dernière idée, qui cependant est encore adoptée aujourd'hui par la plupart des auteurs.

« J'ai cherché en vain, dit cet illustre anatomiste, une explication plausible de la plus grande fréquence des hernies du côté droit dans la différence qui pourrait exister pour la force et l'étendue entre les ouvertures aponévrotiques de l'un et de l'autre côté. Sur la plupart des individus, il est impossible d'en apercevoir aucune ; et si quelquefois on peut en établir une sur le cadavre, elle est au désavantage du côté gauche. Ce n'est donc pas dans la faiblesse relative de ces ouvertures qu'on peut trouver la cause que nous cherchons. »

Or ne savons-nous pas que la persistance du canal périto-néo-vaginal est bien plus fréquente à droite qu'à gauche ?

L'argument tiré de l'hérédité aura encore plus de valeur, s'il est établi que l'ascendant était porteur d'une hernie double ou d'une hernie unilatérale avec ectopie testiculaire ou bien offrant un autre signe de congénialité.

Poussant plus loin l'examen commémoratif, on devra s'enquérir avec soin des moindres faits qui se sont passés depuis la plus tendre enfance du côté des organes génitaux.

Si l'individu a contracté dans les premières années de sa vie, subitement, à la suite d'un effort, une hernie produite en un seul temps et parvenue d'emblée jusqu'au fond du scrotum; s'il a vu descendre tardivement un de ses testicules; si un de ces organes est encore en ectopie, atrophié, mobile, doué de mouvements de va-et-vient sous l'influence de la toux, de l'éternuement, on aura d'excellentes raisons pour attribuer à la tumeur une origine congénitale.

Il n'est pas rare aussi d'observer une accumulation de sérosité dans la tunique vaginale des enfants. Les parents effrayés consultent le médecin, qui fait rentrer le liquide dans la cavité péritonéale. Puis l'infirmité se reproduit, ou disparaît par le seul effet des progrès de l'âge, qui amène l'oblitération du conduit.

Un tel accident arrivé dans l'enfance à un malade porteur d'une hernie inguinale, devra faire croire encore que celle-ci est d'origine congénitale.

Outre ces renseignements qui peuvent manquer, on trouvera des moyens de diagnostic précieux dans la façon dont s'est produite la tumeur. En effet, d'après Malgaigne, jamais une hernie ordinaire n'est descendue en un seul temps plus bas que l'anneau externe. Or, nous savons que la hernie vaginale atteint d'un seul coup le fond du scrotum.

De plus, dans l'oschéocèle commune, les viscères herniés s'arrêtent au niveau de l'entrée du cordon dans le testicule; ici, ils le dépassent toujours, au moins dans la forme vaginale testiculaire.

L'adhérence avec le testicule sera encore un signe précieux; et on devra songer à une origine congéniale, lorsque cette glande sera entraînée dans les tentatives de réduction.

Tels sont les principaux caractères qui feront distinguer de toute autre la hernie péritonéo-vaginale.

Le diagnostic entre la variété testiculaire et la funiculaire sera fait au moyen des signes particuliers à chacune et relatés plus haut.

Comme toutes les hernies scrotales, celle que nous étudions ici peut être confondue avec diverses tumeurs des bourses, telles que hématoécèles, sarcocèles de toutes sortes. L'erreur sera évitée si on a bien présents à l'esprit les symptômes constants de la hernie : sonorité, gargouillement, réductibilité, etc.

L'hydrocèle congénitale seule pourra offrir quelques difficultés. En effet, il n'est pas rare d'observer, dans la hernie vaginale testiculaire, un épanchement de sérosité transparente formant une tumeur pyriforme à base inférieure, mate et fluctuante.

Dans notre observation II, le tableau clinique local rappela celui d'une vaginalite traumatique.

Mais, dans le cas de hernie, on n'observe pas de transparence ; la matité n'existe que sur les parties déclives; le sommet de la tumeur pyriforme se perd dans le canal inguinal. Enfin, l'hydrocèle s'est développée par la partie inférieure et d'une façon plus lente que ne l'aurait fait une entéroécèle.

Cependant il peut se présenter une circonstance qui ne manquera pas d'embarrasser le médecin.

Quand le testicule, retardé dans sa marche, est dans le canal ou à l'anneau, il peut arriver que la vaginale, encore en communication avec le péritoine, forme un sac au-devant de l'anneau. Ce sac pourra être habité par une anse intestinale et par de la sérosité.

S'il y a beaucoup de liquide, on aura de la transparence et le tableau clinique sera celui d'une *hydrocèle enkystée du cordon*.

Pour faire le diagnostic, il faut examiner le malade debout, en lui commandant des efforts qui feront descendre dans le sac tout ce qui peut y descendre. Puis, le faisant coucher sur le dos, on exerce sur la tumeur une très légère pression, qui fera refluer le liquide dans l'abdomen, sans produire aucun bruit. Enfin, continuant le taxis d'une façon un peu plus marquée, on obtiendra la réduction de l'intestin avec un bruit de gargouillement.

A ce moment, il ne reste plus à l'examen qu'une tumeur arrondie, irréductible, sensible à la pression : c'est le testicule.

Lorsque les deux tumeurs, hydrocèle et hernie, coexistent dans la région inguinale, on observe une masse ovoïde donnant au doigt des sensations très diverses. On y perçoit tour à tour la persistance de liquides, de gaz, de parties molles et de parties résistantes.

Dans bien des cas, une ponction capillaire éclairera la situation. Cette opération ne présente aucun danger et peut même être fort utile, en évacuant un liquide qui n'est pas toujours inoffensif.

Si l'hydrocèle est enkystée, s'il y a des adhérences, s'il y a irréductibilité de la hernie, le diagnostic devient fort obscur.

Il en est encore ainsi, lorsque le chirurgien voit le malade

pour la première fois, au moment de l'apparition des accidents d'étranglement.

La gravité du *pronostic* est variable, suivant les cas. Il est plus favorable dans la hernie péritonéo-vaginale commune, exempte de complications, que dans toute autre hernie inguinale. Cela est dû à la facilité de la réduction et à la tendance du canal à s'oblitérer après l'application du bandage. Toutefois, il faut faire une réserve pour le cas où l'ectopie testiculaire inguinale s'oppose à l'usage de cet appareil.

Si la glande séminale est arrêtée à l'anneau externe, la pression de la pelote produira des douleurs atroces qui en feront rejeter l'emploi.

Mais hâtons-nous de dire, avec tous les auteurs, que, d'une façon générale, la hernie péritonéo-vaginale chez l'adulte, surtout celle qui apparaît d'une façon subite, expose le malade aux plus graves dangers.

En effet, elle semble réunir toutes les conditions de l'étranglement.

Glissant très vite dans le canal lubrifié qui lui donne passage, elle n'a pas le temps de le dilater. De plus, les agents de constriction ne manquent pas ; ils sont nombreux et doués d'une énergie peu commune. Leur siège élevé rend le débriement difficile. Aussi les insuccès sont fréquents dans les observations qui ont passé sous nos yeux. Et encore tous les faits malheureux ne sont-ils pas publiés (1) !

« L'expérience a démontré, dit Gosselin, que dans les hernies à sac péritonéal, l'étranglement est en général moins serré et moins grave que dans les hernies à sac vaginal. »

(1) Sur 43 cas recueillis par Leroy des Barres, de 1830 à 1871, on trouve 21 guérisons, 18 morts, 4 résultats inconnus.

Et Trélat :

« Les hernies congénitales sont des hernies graves, et cela
« pour des motifs divers. C'est dans cette variété de hernies
« que l'on observe les étranglements subits, les étranglements
« d'emblée. Une foule de sacs herniaires, décrits comme étant
« le résultat de complications, de resserrements, de déchirures
« de toutes sortes, pourraient fort bien n'être autre chose que
« des hernies congénitales. A mon sens, c'est cette circons-
« tance qui assombrit tout particulièrement le pronostic qui
« pèse sur les hernies inguinales étranglées, envisagées dans
« leur ensemble. »

Déjà en 1863, Chassaignac avait proclamé, au sein de la Société de Chirurgie, leur gravité exceptionnelle, sans pouvoir en donner une explication satisfaisante.

Il la mettait sur le compte de la dissociation des éléments du cordon, de la longueur de l'intestin hernié, de la péritonite herniaire plus fréquente, etc., etc.

On sait aujourd'hui que le danger vient de causes bien différentes.

La facilité avec laquelle s'opère généralement la réduction est un piège dans lequel tombe tout chirurgien qui n'a pas fait un diagnostic exact de la situation. Il exécute une série de manœuvres tendant à refouler les viscères herniés, et il y réussit.

Du moins, il croit y avoir réussi. Car il a refoulé en même temps l'agent d'étranglement dans l'abdomen. La tumeur a disparu, le canal est libre, et cependant les phénomènes alarmants persistent. Il a fait une réduction *en masse*.

Bientôt la hernie se reproduit. Un nouveau taxis est suivi du même succès factice.

De là, des temporisations funestes, qui retardent indéfiniment l'opération. Souvent celle-ci est décidée lorsqu'elle n'a plus aucune chance de succès !

CHAPITRE VI

Traitement.

Le traitement de la hernie péritonéo-vaginale exempte de complications ne comporte aucune indication spéciale. La réduction en est généralement facile. Elle devra être faite, et la tumeur réduite devra être maintenue par un bandage approprié.

Si le malade s'abstient de tous exercices violents, tels que gymnastique, équitation, on pourra voir survenir la guérison par oblitération consécutive du canal.

Dans le cas d'hydrocèle concomitante, la hernie pourra être maintenue, la tumeur liquide persistant.

Si l'on a affaire à une descente tardive du testicule, le cas sera déjà plus complexe, et l'abstention restera indiquée tant que cet organe n'aura pas franchi l'orifice cutané. Dans un cas analogue, M. le professeur Gross, suivant en cela l'exemple d'autres chirurgiens, fut assez heureux pour faire descendre l'organe mâle par des pressions faites sur la région iliaque. Ce moyen peut être tenté.

Le cas est encore plus embarrassant, si l'ectopie est définitive. En raison des adhérences que la glande aura pu contracter avec l'intestin, le chirurgien se verra forcé de la refouler dans l'abdomen avec l'anse herniée. Cette manœuvre

ne sera opérée qu'au prix des plus vives souffrances, et le brayer sera difficilement supporté.

Passons à *l'étranglement*. Le diagnostic de hernie étranglée étant posé, doit-on essayer de réduire la tumeur? Non.

Ce n'est pas ici le lieu de refaire, après tant d'autres, le procès du taxis, de rappeler tous les cas malheureux dus à ces tentatives faites *larga manu*, qui contusionnent l'anse herniée, la prédisposent à la gangrène ou bien provoquent un extravasat sanguin plus ou moins abondant, qui peut s'altérer au contact de l'intestin, devenir septique et rendre infructueuse l'opération la plus habile, comme cela est arrivé pour le sujet de notre observation II.

Mais nous voulons montrer que, dans la hernie qui nous occupe, le taxis est non-seulement dangereux, mais encore impuissant.

En effet, dans l'immense majorité des cas, l'étranglement siège très haut, à l'orifice inguinal interne, et parfois même dans le ventre. L'obstacle est placé trop loin pour être utilement atteint. On n'arrive qu'à refouler le viscère dans le renflement intra-inguinal, l'orifice péritonéal restant fermé.

De plus, le diaphragme d'étranglement adhérent peu aux parties avoisinantes, peut être repoussé dans l'abdomen avec l'anse herniée, ce qui donne pour résultat une fausse réduction avec persistance des phénomènes d'étranglement.

Enfin, si l'on considère que ce diaphragme, extrêmement mince et tranchant, peut produire une section de l'intestin, on comprend combien il est utile d'agir le plus vite possible.

Donc, que la tumeur étranglée soit grosse ou petite, récente ou ancienne, la kélotomie immédiate est indiquée.

Cela étant posé, quel est le procédé opératoire que l'on devra adopter?

Le sac étant rempli par un liquide qui peut produire les plus graves accidents s'il est refoulé dans l'abdomen, on devra toujours commencer par faire la ponction en usage dans le cas d'hydrocèle. Cette petite opération préliminaire est sans inconvénients.

L'incision devra être d'une longueur variable avec les dimensions de la tumeur. L'opérateur se souviendra que la paroi du sac est très mince, qu'il est exposé à dénuder inutilement le testicule et même à léser gravement cet organe.

C'est ici que se place le point délicat de l'opération.

En effet, nous savons que l'agent d'étranglement est placé très haut et peut être difficilement atteint, même après la section de l'anneau du grand oblique.

On doit toujours essayer de vaincre l'étranglement à l'aide du doigt ; mais il est des cas nombreux où l'on ne saurait y parvenir.

Lafont rapporte que, dans un cas où le doigt était impuissant à opérer le débridement à l'orifice supérieur, Dupuytren imagina le procédé suivant :

« Ce chirurgien, remarquant que la tunique vaginale, libre
« dans la plupart des cas de toute adhérence avec les parties
« voisines, jouit de la faculté d'être mue dans le canal ingui-
« nal de bas en haut et de haut en bas, conçut l'idée de profi-
« ter de cette heureuse circonstance pour attirer la partie
« supérieure du sac herniaire, c'est-à dire son collet, jusqu'au-
« dessous de l'anneau inguinal externe.

« Une fois entraînées vers ce point, les parties sont mises
« en évidence ; et par cela même, il n'y a plus de danger ni de
« difficulté pour le débridement.

« Depuis son invention, M. Dupuytren a toujours mis en
« pratique ce procédé opératoire et toujours avec succès. En
« voici un exemple :

« Le malade étant convenablement disposé sur le lit, le chirurgien se place du côté de la tumeur. Une incision de trois
« pouces environ divise les parties depuis le milieu de la longueur du canal inguinal jusqu'au tiers inférieur du scrotum.

« La tunique vaginale paraît à découvert, on l'ouvre avec beaucoup de précaution.

« L'orifice inférieur du canal inguinal peut à peine recevoir l'extrémité du doigt indicateur ; cependant on parvient à
« l'y introduire ; et en remontant à une hauteur de plus de deux pouces, on arrive à un petit corps globuleux, élastique, qui ferme exactement l'extrémité supérieure du canal :
« ce petit corps est reconnu pour être une anse d'intestin.

« M. Dupuytren saisit avec des pinces un des bords de la tunique vaginale près de l'anneau ; un aide en fait autant
« du côté opposé, et d'un commun accord ils tirent doucement en bas et parallèlement à l'axe du canal ; le malade fait des
« efforts comme pour aller à la garde-robe ; et, sous l'influence de cette double action, on voit la tunique vaginale s'abaisser
« graduellement. Un bistouri boutonné la divise à proportion sur la partie antérieure.

« Après quelques minutes d'une pareille manœuvre, la portion intestinale vient enfin faire saillie vers l'anneau inguinal ; un aide la saisit à l'instant, la tire graduellement
« en bas ; puis M. Dupuytren tranche le collet du sac qui l'étreint. Dès lors, l'intestin peut se développer avec facilité. »

Malgré la grande autorité du nom qui le couvre, ce procédé opératoire ne nous paraît pas sans danger. Ce tiraillement double peut produire les plus graves accidents. Aussi, malgré les avantages que Dupuytren a pu en retirer, nous n'oserions le recommander d'une façon catégorique.

Nous ne voyons alors qu'un seul autre moyen d'atteindre

l'obstacle : c'est d'inciser l'aponévrose du muscle grand oblique dans toute la longueur du trajet inguinal.

M. J. Bœckel, dans un cas de hernie inguinale qui, d'après les faits consignés dans l'observation, nous semble avoir été péritonéo-vaginale, employa ce procédé un peu radical et en obtint les meilleurs effets.

Malgré trois débridements successifs sur le pourtour de l'anneau externe, la réduction ne pouvait se faire. A peine croyait-on avoir fait rentrer l'anse, qu'elle faisait de nouveau hernie.

Soupçonnant que le siège de l'étranglement était très haut, le chirurgien de Strasbourg fendit le canal inguinal dans toute son étendue et trouva à l'orifice supérieur un anneau très serré.

Le débridement fut opéré, ainsi que la réduction ; et M. Bœckel fut assez heureux pour obtenir plus qu'il n'avait demandé : la cure radicale de la hernie.

Une dernière question se pose. Doit-on réséquer le sac, comme on a tendance à le faire aujourd'hui ?

Nous avons signalé plus haut son adhérence souvent intime avec les éléments du cordon. Il en résulte que, en admettant même que l'opération soit possible, on s'exposerait en la pratiquant à blesser le canal déférent et à ouvrir les vaisseaux sanguins, ce qui donnerait lieu à une hémorrhagie parfois fort grave.

On nous permettra de finir par une courte digression à notre sujet, en présentant quelques observations sur l'anesthésie chloroformique pendant la kélotomie.

Un de nos malades a manifesté, pendant la chloroformisation, certains spasmes respiratoires, une sorte d'état tétanique, qui a persisté pendant plusieurs heures après l'opération.

Ledentu a consigné un fait analogue, dans la *Semaine médicale*.

Il s'agit là de phénomènes réflexes, plus faciles à constater qu'à expliquer. On peut se demander s'ils sont imputables à l'étranglement, ou à l'agent anesthésique.

Quoi qu'il en soit, il sera sage de surveiller, avec une attention toute spéciale, l'action du chloroforme pendant l'opération de la hernie étranglée.

Même, si l'on considère que, dans cette opération, la section de la peau est seule douloureuse, on pourra se borner à produire une anesthésie locale, comme le faisait notre ancien maître M. Desprès, qui proscrivait d'une façon absolue l'anesthésie chloroformique dans la kélotomie.



CONCLUSIONS

1° La communication péritonéo-vaginale peut se rencontrer chez des sujets de tout âge.

2° Cette anomalie est la cause de hernies péritonéo-vaginales. Ces hernies, ordinairement appelées congénitales, sont bien plus fréquentes qu'on ne l'a dit, un grand nombre ayant été prises pour des hernies inguinales communes.

3° Elles présentent des variétés nombreuses dont les deux principales sont la vaginale testiculaire et la vaginale funiculaire.

4° Elles sont fréquemment compliquées d'ectopie testiculaire. La situation anormale de la glande séminale est très variable et donne à ces tumeurs des caractères très dissemblables.

5° Ces hernies présentent des caractères spéciaux qui les distinguent de toutes les autres, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique.

6° Exemptes de complications et bien maintenues, elles sont peu graves et susceptibles de guérison. Mais l'étranglement se manifeste souvent, soit d'emblée au moment de la formation herniaire, soit après un temps plus ou moins long.

7° Le nombre et la vigueur des agents de constriction dont elles sont douées donnent aux accidents une rapidité toute spéciale, qui nécessite de bonne heure l'intervention chirurgicale et la rend trop souvent impuissante.

OBSERVATIONS⁽¹⁾.

OBSERVATION I.

(Inédite).

*Entéro-épiplocèle péritonéo-vaginale droite étranglée. — Kélotomie.
Guérison.*

Aimé Henri, 18 ans, plâtrier, entre le 7 février 1883, à l'hôpital Saint-Léon, dans le service de M. le professeur Gross.

C'est un jeune homme blond, lymphatique, de constitution moyenne. Il nous raconte que « *sa partie droite n'a jamais été comme la gauche*, » mais que, n'en ressentant aucune gêne, il n'a jamais consulté. Il semble donc qu'il est porteur d'une hernie inguinale congénitale ; et, d'après les renseignements qu'il fournit, celle-ci devait sortir et rentrer avec la plus grande facilité, sans lui donner jamais d'inquiétudes. Aussi n'a-t-il jamais usé de bandage herniaire.

Il y a trois jours (4 fév.), à la suite d'un effort, la hernie est devenue douloureuse et n'est plus rentrée. De vives douleurs dans l'aîne, et surtout dans la région ombilicale, le contraignent à se coucher. Depuis ce jour, il n'a pu prendre la moindre nourriture sans vomir aussitôt ; il n'a pas eu de selles.

Après trois jours de repos, ne voyant se produire aucune amélioration, et se sentant gravement malade, il vient à l'hôpital.

(1) Outre les trois cas qui nous sont personnels, nous avons emprunté à différents auteurs six autres observations de hernies péritonéo-vaginales, de variétés diverses.

Le lecteur en trouvera encore un grand nombre dans la thèse de M. Ramonède, cet auteur ayant réuni dans son travail presque tous les faits relatés par les chirurgiens français.

Etat actuel. — Facies exprimant la souffrance, grande pâleur, malaise extrême, inappétence complète. Bouche sèche. La langue est recouverte d'un enduit épais, blanc-jaunâtre. Soif très-vive. Vomissements verdâtres continus. Sauf quelques gorgées d'eau glacée, le malade rend tout ce qu'il prend.

Extrémités froides. Pouls petit, fréquent. Ventre ballonné, légèrement endolori dans la région iliaque droite.

Du côté droit, tumeur scrotale volumineuse, se prolongeant dans le canal inguinal, irréductible, légèrement endolorie dans sa plus grande partie. La pression provoque une douleur, plus marquée vers la région inguinale et le long du cordon.

A la palpation, la tumeur présente ces inégalités de consistance caractéristiques d'une épiplocèle. A la percussion, elle est mate, avec une légère sonorité vers l'aîne.

Constipation. Pas de gaz expulsés depuis trois jours.

Diagnostic. — Epiplocèle inguinale ancienne. Entérocele inguinale récente. Affection peut-être d'origine congénitale.

Traitement. — Lavement purgatif. Application d'un réfrigérateur Leiter. Glace à l'intérieur. Bouillon et lait glacés à donner par cuillerées.

8 février. La tumeur semble avoir diminué de volume. Mais le ventre est ballonné. Il y a du hoquet, des vomissements abondants et fécaloïdes. Les lavements sont rendus tels quels. Le pronostic s'aggravant, M. Gross décide l'opération.

Opération. — Chloroformisation. Précautions antiseptiques ordinaires. Spray. Incision des téguments sur une longueur de dix centimètres, au niveau de l'orifice inguinal externe, dans la direction du pédicule de la tumeur. Le sac ouvert laisse écouler une faible quantité de liquide roussâtre et offre à la vue une masse violacée, qui n'est autre que l'épiploon congestionné.

Au dessous de celui-ci, on découvre une anse intestinale distendue, de couleur rouge vineux foncé. L'étranglement siège à l'orifice externe. Il n'est pas très serré. On arrive à le dilater avec le doigt. En cherchant à refouler l'intestin, dans le but d'introduire le kélotome caché de Sédillot,

l'anse herniée paraît moins tendue. Après avoir attiré les deux bouts pour examiner le siège de la constriction, l'anse se laisse repousser dans l'abdomen sans nécessiter aucun débridement.

La tumeur épiploïque n'est pas réduite. Des fils de catgut sont jetés sur son pédicule, qui est sectionné au-dessous. Mais, quand on veut enlever la masse épiploïque herniée, on constate qu'elle adhère très fortement par sa partie inférieure contre les tuniques du testicule, ou peut-être contre le testicule lui-même. En tirant sur elle, on entraîne la glande séminale.

Une deuxième ligature au catgut est placée au-dessus de ces adhérences. Le paquet d'épiploon est réséqué et enlevé.

Pas de points de suture. Pansement de Lister. Spica de l'aine.

Pendant les deux heures qui suivent l'opération, spasmes laryngés inquiétants. Etat tétaniforme généralisé tout spécial.

9 fév. Etat satisfaisant. Les vomissements ont cessé. Le malade a pris du bouillon et du lait. Pas de selles.

T. A. de la veille. Matin 38.1. Soir, 39. Pansement.

10 fév. Même état. Deux selles diarrhéiques. T. 37.8, 38.4. Pansement.

11 fév. Vomissements légers. Symptômes d'épiploïte. Tumeur intra-abdominale dure, rénitente, douloureuse, siégeant au dessus de la plaie, dans la région iliaque droite, s'étendant vers la région ombilicale.

Une partie de l'épiploon ligaturé se mortifie.

T. 37.6, 38.5. Vésicatoire loco dolenti.

12 fév. 3 selles diarrhéiques. T. 37.4, 38.

Tuméfaction notable du scrotum. On reconnaît à la partie inférieure de la plaie, à l'endroit de la partie d'épiploon adhérente au fond du sac herniaire, une induration du volume d'une noix, très douloureuse à la pression.

Les jours suivants, cette douleur diminue, il sort du pus du cul de sac *inférieur* de la plaie.

20 fév. Au bout d'une huitaine, on extrait, toujours de la partie inférieure de la plaie, un *paquet épiploïque mortifié*. Cette élimination faite, il persiste un cul de sac assez profond, paraissant plonger dans la tunique vaginale. Celle-ci paraît épaissie, ne renferme pas d'épanchement.

Peu à peu, la suppuration tarit, la cicatrisation s'achève. Le malade sort guéri le 1^{er} mars.

OBSERVATION II.

(Inédite).

Hernie péritonéo-vaginale. — Etranglement à l'orifice inguinal interne. — Kélotomie. — Mort par suite de septicémie suraiguë.

Le nommé Géné Charles, 24 ans, manouvrier, entre le 15 mars 1883 dans le service de M. le professeur Gross, hôpital St-Léon, salle St-Jean, n° 22.

Bonne santé habituelle. Anciennement, hernie inguinale droite facilement réductible, le plus souvent spontanément, et remontant à l'âge de 42 ans. Bandage herniaire permanent : la hernie n'est plus sortie depuis cette époque.

Le malade raconte qu'il y a cinq jours (10 mars), il fendait du bois à l'aide d'une hachette lorsque, subitement, le manche de cet outil atteignit si malheureusement son bandage, que celui-ci fut violemment soulevé et que la hernie descendit rapidement dans les bourses.

Un médecin appelé pratiqua sans succès un taxis prolongé et forcé.

Le malade entre à l'hôpital, où l'élève de service constate un gonflement de scrotum et de la région inguinale. Ces parties sont mates et très dures. Traitement : applications froides.

16 mars. *Examen.* — Tumeur scrotale volumineuse, plus molle, moins rénitente, moins tendue que la veille. En palpant, on a la sensation d'une fluctuation. L'éclairage révèle l'existence de liquide dans les bourses.

La tumeur est pyriforme. Elle présente un léger étranglement à la réunion de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Elle semble se prolonger dans le canal inguinal ; ce fait, toutefois, est assez obscur. Aucune douleur à la pression sur le trajet du canal, ni dans la fosse iliaque.

Pas de ballonnement. Quelques vomissements bilieux, peu fréquents. Pas de hoquet. Pas d'évacuations alvines, ni gazeuses. Le facies est un peu pâle, pas anxieux.

En somme, l'état symptomatique est tel, que le diagnostic de *vaginalite traumatique* est discuté. Cependant l'existence d'un certain état de péritonisme fait faire de grandes réserves au point de vue d'une petite *hernie étranglée* avec coexistence de vaginalite traumatique ; ou bien, d'une petite hernie, congénitale ou autre, avec une grande quantité de liquide dans le sac.

17 mars. Les symptômes de péritonisme se sont beaucoup accentués.

Facies abdominal, yeux excavés. Pommettes saillantes. Quelques frissons. Extrémités refroidies. Pouls petit, filiforme. Vomissements plus fréquents, non stercoraux. Léger hoquet. Ballonnement.

La tumeur scrotale a considérablement diminué, la plus grande partie du liquide ayant disparu. Quant à la portion supérieure de la tumeur inguinale, elle persiste avec les mêmes symptômes que la veille.

Les symptômes d'étranglement sont manifestes, l'opération est pratiquée à trois heures de l'après-midi.

Opération. — A l'ouverture du sac, il s'échappe une certaine quantité de liquide rouge foncé. On trouve une anse intestinale *brune, noirâtre*. Sans débridement de l'orifice externe, le doigt pénètre facilement dans le canal inguinal. L'intestin peut être refoulé dans le canal, mais sans pouvoir pénétrer dans la cavité abdominale.

L'orifice inguinal interne est le siège d'un étranglement très étroit, que le chirurgien parvient à dilater et à élargir à l'aide du doigt, en percevant un très léger craquement.

L'anse herniée, examinée au fond de l'étranglement, ne présente pas de traces d'inflammation ni de gangrène.

La réduction s'opère facilement, sans débridement. Pas de sutures. Pansement de Lister.

18 mars. Le malade a passé une assez bonne nuit; vers le matin, il a eu six selles diarrhéiques.

A la visite, léger ballonnement, hoquet, vomissements.

2 heures. Refroidissement des extrémités. Pouls petit, misérable. Facies grippé.

6 heures. Ventre tendu. Douleurs abdominales. Vésicatoire. Dissection de morphine.

10 heures. Agitation. Délire. Dyspnée. Régurgitation. Météorisme considérable. *Mort* dans la nuit, à une heure du matin.

Autopsie. — Dans le petit bassin, une petite quantité de liquide roussâtre analogue à celui qui s'est échappé du sac pendant l'opération. Les intestins présentent leur coloration habituelle. Ni injection, ni fausses membranes, ni pus. *Pas de signes de péritonite.*

L'ouverture supérieure du canal est rétrécie. On constate une petite déchirure au siège de l'étranglement.

La communication péritonéo-vaginale persiste entièrement. Le testicule est contenu dans le sac.

Vers la racine des bourses, si l'on tend la paroi du sac, on voit une bride fibreuse, faisant saillie dans la cavité. C'est ce resserrement semi-annulaire qui divisait en deux la tumeur.

L'anneau inguinal externe est normal. L'anse intestinale étranglée présente quelques taches blanchâtres. Elle est bleuâtre, lie de vin, sans gangrène.

Base des poumons un peu congestionnée. Caillots fibrineux dans le cœur.

La rate ne semble pas plus volumineuse que d'habitude.

OBSERVATION III.

(Inédite).

Funiculite et Epididymite traumatiques. — Hydrocèle symptomatique. — Hernie péritonéo-vaginale consécutive.

Le nommé Finot (Joseph), 35 ans, ouvrier à la cristallerie de Baccarat, entre le 29 avril 1883 à l'hôpital Saint-Léon, dans le service de M. le professeur Gross, salle Saint-Jean, n° 20.

Bonne constitution. A toujours eu, dit-il, *la bourse du côté droit autrement conformée que la gauche*, sans être gêné ni arrêté dans son travail. Il ne peut donner aucun autre renseignement à ce sujet.

Il y a 8 jours, soulevant un wagonnet à l'aide d'un fort bâton comme levier, celui-ci, échappant de ses mains, vint frapper notre malade avec violence dans l'aîne droite et sur la partie droite du scrotum. Malgré la douleur, il continua à travailler pendant 2 heures encore ; puis il s'aperçut que ses bourses avaient augmenté de volume. En même temps il éprouvait dans la région scrotale un sentiment de pesanteur.

Un médecin, appelé quelques jours après, constata une hydrocèle et pratiqua une ponction qui, au dire du malade, donna issue à un demi-litre de liquide citrin.

30 avril. *Etat au moment de son entrée.* — Tumeur scrotale volumineuse, assez régulièrement ovoïde ; peau des bourses fortement distendue, luisante. Consistance de la tumeur élastique, par place semi-fluctuante ; matité, transparence.

Douleur vive à la pression sur la partie postérieure de la tumeur et vers l'aîne ; la palpation ne permet pas d'y reconnaître la position du testicule.

La tumeur semble se prolonger dans le canal inguinal, où l'on trouve le cordon très-douloureux, épaissi, de la grosseur du pouce à peu près.

Il existe des irradiations douloureuses, spontanées, dans l'aîne. Ni douleur, ni tuméfaction dans la fosse iliaque. Abdomen souple, indolore.

Rien de particulier du côté gauche.

La station debout est pénible, le malade marche très-difficilement en se courbant fortement en avant.

Etat général bon. Pas de fièvre. Appétit normal.

Diagnostic. — Funiculite et probablement épididymite traumatiques. Hydrocèle symptomatique considérable.

Traitement. — On prescrit le repos au lit, des onctions avec la pommade iodurée, se proposant de faire la ponction le lendemain.

1^{er} mai. La tumeur scrotale a très notablement diminué depuis la veille. La peau des bourses n'est plus tendue, mais elle est le siège d'un œdème qui atteint jusqu'au fourreau de la verge. Il s'est produit une *rupture de la séreuse vaginale*. La palpation révèle, dans la bourse droite, des nodules durs, fuyant sous le doigt, douloureux à la pression et rappelant un peu la sensation que donne une masse épiploïque ou un paquet variqueux.

Au centre se trouve un nodule plus volumineux et plus douloureux que les autres, mais trop petit pour être le testicule. Celui-ci ne semble pas logé dans les bourses.

Vers l'aîne, la palpation devient difficile à cause de la douleur qu'elle détermine. On y distingue peu à peu le cordon, dur et douloureux comme la veille.

Le *diagnostic* devient difficile. Les nodules indurés et douloureux constatés dans le scrotum sont-ils fournis par une masse d'épiploon, par des paquets variqueux, ou appartiennent-ils à la tunique vaginale ? Où se trouve le testicule ? Telles sont les questions à résoudre.

On met le malade en observation et on fait de l'expectation. Il reste alité, ses bourses sont soutenues par un coussin.

2 mai. Le liquide se résorbe rapidement : l'infiltration a presque entièrement disparu.

L'exploration devient aussi plus facile et, quelques jours plus tard, on reconnaît, au dessous de l'orifice inguinal externe, une petite tumeur arrondie, très douloureuse à la pression, qui semble être le testicule.

Dans les bourses, on constate toujours la présence de deux ou trois nodules, semblant se faire suite les uns aux autres ; mais il est certain que ces masses ne sont pas de l'épiploon. Elles ne présentent pas non plus les signes

caractéristiques du varicocèle. Sont-elles des parties indurées de la tunique vaginale ?

Vers le haut, ces parties semblent se continuer avec le cordon dur qui remplit le canal inguinal. Celui-ci ne se laisse pas pénétrer par le doigt.

On prescrit des résolutifs de toute espèce : lotions avec une solution de chlorure ammonique, onctions avec la pommade iodurée, etc., etc.

Malgré ce traitement, l'état local reste stationnaire.

Vers le 20 mai, on permet au malade de se lever plusieurs heures par jour : il marche sans difficulté.

A l'examen de la tumeur, on constate toujours dans le scrotum la présence des nodules indurés, mais moins douloureux qu'autrefois. Contre l'orifice inguinal, on trouve un corps plus volumineux, douloureux à la pression, qui paraît être le testicule.

Les nodules indurés sentis dans le scrotum semblent en connexion avec le cordon. Il est donc permis de se demander s'ils ne sont pas formés par l'*épididyme* qui, comme Follin l'a observé, peut quelquefois descendre seul dans les bourses, le testicule étant en ectopie inguinale.

Au commencement de juin, la tumeur scrotale semble reparaître. Le malade nous fait observer qu'elle augmente aussitôt qu'il descend du lit. Cette expérience renouvelée devant nous révèle l'existence d'une *hernie*.

Le malade, interrogé à plusieurs reprises, affirme, comme dès le premier jour, qu'il n'en a jamais eu, et que jamais ses bourses n'ont présenté les caractères constatés aujourd'hui.

La hernie se réduit facilement, avec un bruit de gargouillement manifeste. C'est une *entérocèle* survenue consécutivement à une affection traumatique du cordon et des annexes du testicule.

On recommande de nouveau le séjour au lit et on fait construire un bandage herniaire spécial destiné à maintenir la hernie sans comprimer le testicule

10 juin. L'application de ce bandage ne peut être supportée.

20 juin. Nouvelle application du brayer, qui ne cause plus de douleur.

23 juin. *Exeat*.

OBSERVATION IV.

Hernie péritonéo-vaginale. — Etranglement au niveau du rétrécissement péritonéo-vaginal. — Kélotomie. — Mort. (Communication de M. Trélat à la Société de Chirurgie. Séance du 7 mars 1883).

Il s'agit d'un homme de 58 ans, porteur d'une hernie inguinale datant de l'enfance, et qui a toujours été mal contenue. Il n'avait jamais eu d'accidents lorsque, le 14 janvier au soir, il s'aperçut que la hernie ne pouvait plus rentrer. Le 15, on fait une première tentative de taxis, suivie de fausse réduction. Le 16, les accidents persistent ; et le 17, on l'amène à l'hôpital, où M. Segond, chef de clinique, essaie de réduire et croit avoir réduit. La hernie se reproduisant, on applique un bandage pour la maintenir ; mais cela ne suffit pas. Le lendemain, M. Trélat voit le malade et diagnostique une réduction avec persistance de l'agent de l'étranglement, qu'il suppose être au voisinage du testicule, en raison de l'entraînement de cet organe pendant les tentatives de réduction.

En présence de ces constatations, il fait une incision sur la tumeur, et tombe sur une anse intestinale rouge, un peu tuméfiée, mais ne présentant aucune trace de mortification, si bien que le premier mot de ce chirurgien est que cette anse n'est pas étranglée. Mais, examinant la tumeur avec soin, il trouve, dans un point correspondant à l'union du sac et de la tunique vaginale, un anneau ferme, dur, ayant environ un centimètre de diamètre, traversé par une portion d'anse intestinale. Après avoir débridé l'anneau, il constate que cette anse offre des traces manifestes d'étranglement, mais qu'elle n'est pas suffisamment altérée pour contre-indiquer la réduction dans le ventre. Cette réduction s'opère sans difficultés.

Après l'opération, le malade a une petite selle, mais il reste somnolent, comateux, et, peu de temps après, s'éteint sans souffrance.

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION V.

(Résumée.)

Hernie péritonéo-vaginale étranglée, avec ectopie testiculaire (variété funiculaire), recueillie dans la clinique de Dupuytren, par Lafont, Th. de Paris, 1830.

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, bien constitué, porteur d'une her-

nie inguinale étranglée depuis six à sept jours, avec constipation opiniâtre, et vomissements depuis trois jours seulement.

Il a déjà été atteint des mêmes accidents il y a trois ans, et il en a été guéri sans opération.

Le scrotum ne renferme qu'un testicule, celui du côté gauche ; le testicule droit est senti dans l'anneau inguinal, paraissant aplati contre le pubis : à l'extrémité supérieure du canal inguinal, on rencontre assez profondément une tumeur allongée, de plusieurs pouces de longueur. Le scrotum du côté droit n'est cependant pas vide : on y sent une fluctuation qui atteste la présence d'un liquide, que l'on parvient même à faire refluer dans l'intérieur du canal abdominal jusqu'au dessus du testicule.

D'après ces signes, Dupuytren reconnaît une hernie inguino-vaginale étranglée ; il annonce que la tunique vaginale a été poussée dans le scrotum par la hernie et non par le testicule, celui-ci n'étant jamais descendu dans la bourse ; que l'étranglement est produit par le collet de la tunique séreuse, qui tient lieu de sac herniaire ; et que très probablement le collet est situé vers l'orifice supérieur du canal inguinal.

Après une légère tentative de taxis, on pratique la kélotomie.

La tunique vaginale laisse échapper un jet de sérosité légèrement rougeâtre. Le testicule est situé presque verticalement et séparé de l'épididyme. L'orifice inférieur du canal inguinal peut à peine recevoir l'extrémité du doigt indicateur. On parvient cependant à l'introduire et à sentir l'anse herniée.

M. Dupuytren saisit avec des pinces un des bords de la tunique vaginale près de l'anneau, un aide en fait autant du côté opposé, et d'un commun accord, ils tirent doucement en bas et parallèlement à l'axe du canal ; le malade fait des efforts comme pour aller à la garde-robe, et, sous l'influence de cette double action, on voit la tunique vaginale s'abaisser graduellement ; un bistouri boutonné la divise à proportion sur sa partie inférieure. Après quelques minutes d'une pareille manœuvre, la portion vient enfin faire saillie vers l'anneau inguinal ; un aide la saisit à l'instant, la tire graduellement en bas, puis M. Dupuytren tranche le collet du sac qui l'étreint ; dès lors, l'intestin peut se développer avec facilité.

Réduction facile. Suites excellentes. Guérison.

OBSERVATION VI.

Hernie péritonéo-vaginale étranglée le jour de son apparition.

(Gosselin, *Leçons sur les hernies*, p. 361).

Le jeune D..., âgé de 23 ans, assure n'avoir jamais eu de hernie; au moins, depuis qu'il se connaît, il n'a jamais porté de bandage et n'a pas vu apparaître dans l'aîne de tumeur qui sortît et rentrât alternativement.

Sa mère déclare ne lui avoir jamais connu de hernie.

Dans la soirée du 21 mai 1857, course dans le bois de Boulogne. Pendant cet exercice, il sentit une douleur dans l'aîne droite, et portant la main à cet endroit, il trouva une tumeur qui descendait dans les bourses, et dont il n'avait jamais constaté la présence.

Coliques violentes, vomissements.

Ramené chez lui à huit heures du soir, les vomissements et les coliques continuent. Dans la matinée du 22, il consulte un très jeune étudiant en médecine, qui ne vit qu'une indigestion et n'ordonna rien. Les douleurs et les vomissements continuent.

Le 23, dans l'après-midi, le Dr Alibert, demandé, constate une anxiété, des douleurs violentes, du ballonnement du ventre, des vomissements féca-loïdes. Taxis pendant un quart d'heure; résistance.

Appelé le 23, à huit heures et demie du soir, cinquante et une heures après le début des accidents, je constate la coloration brunâtre des vomissements, l'absence de garde-robes et de gaz stercoraux depuis le début des accidents; hoquet fréquent, ballonnement du ventre, douleurs vives. Cependant le pouls n'est ni faible ni fréquent; le facies n'est pas altéré.

Je trouvai dans l'aîne droite une tumeur résistante qui descendait jusqu'en avant du testicule. La hernie était donc congénitale, et comme les symptômes fonctionnels avaient paru avant quarante-huit heures, j'en conclus qu'il s'agissait sans doute d'un étranglement très-serré, siégeant au niveau d'un orifice étroit de la tunique vaginale non oblitérée.

Je donnai le chloroforme, et j'exerçai pendant plus d'un quart d'heure le taxis: trouvant une grande résistance, comme je m'y attendais, j'opérai. Je pris soin de faire mon incision sur le trajet inguinal pour arriver facilement sur l'orifice supérieur.

Il était tellement serré, que j'essayai vainement de dilater avec mon doigt

et que j'eus beaucoup de peine à introduire l'extrémité du bistouri boutoné pour débrider en haut et en dehors.

L'anse intestinale était longue de 5 centimètres, d'un rouge foncé, sans altérations. Il y avait une certaine quantité d'épiploon rouge foncé, que je laissai dans la plaie après avoir réduit l'intestin ; alors le testicule se présenta, ce qui ne me laissa aucun doute sur la nature de la hernie : c'était bien une hernie vaginale congénitale.

Le lendemain, à dix heures du soir, premières garde-robes à la suite de plusieurs lavements purgatifs. Le ballonnement et les vomissements continuent.

Mort dans la nuit du 24 au 25, à deux heures du matin.

OBSERVATION VII.

Hernie péritonéo-vaginale étranglée d'emblée.

(Velpeau, *Dict.* en 30 vol., t. XVI, p. 452, 1837).

Hôpital Saint-Antoine, 1829. — Garçon marchand de vins, fort et robuste, âgé de 20 à 25 ans, qui, le matin même, s'était donné un effort en voulant soulever un tonneau. Questionné de toutes les manières, il a constamment répondu que jusque-là il n'avait jamais eu de hernie. Celle qui le conduisait à l'hôpital offrait le volume des deux poings et finit par nécessiter l'opération.

La mort eut lieu trois jours après ; nous reconnûmes, à l'ouverture du cadavre, que l'entrée de la tunique vaginale, éraillée sur trois points de sa demi-circonférence interne, était déchirée en arrière à son entrée dans le scrotum ; que le canal inguinal conservait toute sa longueur et toute son obliquité ; et que, pour s'échapper au dehors, les viscères devaient être obligés de distendre, au point de l'érailler, le prolongement sérieux du péritoine rétréci, mais non entièrement oblitéré.

OBSERVATION VIII.

Hernie vaginale funiculaire étranglée. — Kélotomie. — Guérison.

(Foucher, *Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 78).

Un jeune homme de 18 ans, d'une bonne santé, n'ayant jamais eu de hernie, fut pris tout à coup, à la suite d'une course, de coliques et de douleurs dans la région inguinale droite.

Bientôt survinrent des vomissements, et on dut le transporter à l'Hôtel-Dieu. L'interne reconnut une hernie, qu'il s'efforça en vain de réduire; et pendant toute la nuit les vomissements continuèrent. A la visite du matin, M. Foucher trouva une tumeur oblongue, placée le long du cordon, se prolongeant dans le canal inguinal où son extrémité supérieure se perdait, et séparée en bas du testicule par un espace appréciable. Il s'agissait de déterminer quelle était la variété de la hernie et quel était l'agent de l'étranglement.

M. Foucher pensa que cette hernie, placée le long du cordon, était située dans la tunique vaginale non oblitérée, et qu'elle correspondait, quoique survenue par accident, à une hernie congénitale ayant trouvé en quelque sorte un sac pour la recevoir. La hernie ne descendait pas jusqu'aux testicules, elle n'était en rapport qu'avec le cordon; c'était donc une hernie funiculaire.

La hernie était trop récente et son apparition trop brusque, pour me faire admettre l'idée d'une inflammation du sac. D'un autre côté, le sac n'avait pas de collet; et enfin, l'introduction facile du doigt sous l'anneau inguinal interne démontrait que celui-ci n'était pour rien dans l'étranglement.

Le diagnostic fut le suivant : hernie inguinale funiculaire, étranglement au niveau de l'anneau inguinal interne, occasionné peut-être par un commencement de rétrécissement de cet anneau.

L'opération fut immédiatement pratiquée. La tunique vaginale contenait une certaine quantité de liquide; c'était bien elle qui était le siège de la hernie.

L'anneau inguinal externe n'était pas le siège de l'étranglement. On le débrida, pour aller plus loin chercher cet agent. Le doigt, porté au niveau de l'anneau inguinal interne, trouva une anse fibreuse qui serrait l'intestin.

On fit deux débridements, l'un en dedans et en haut, l'autre en dehors et en haut. Le doigt, introduit au-delà, ne trouva pas de repli valvulaire : c'était donc le fascia transversalis qui étranglait la hernie; celle-ci était constituée uniquement par une anse d'intestin grêle de 8 à 10 centimètres. L'intestin était rouge violacé, rugueux à sa surface; dans le point qui correspondait à l'étranglement, il était marqué d'une rainure circulaire.

Le malade a guéri sans accidents.

OBSERVATION IX.

Hernie inguinale congénitale étranglée. — Kélotomie.

(Thèse de Ramonède).

Le 9 février 1882, malade du service de M. Labbé, 2^{me} pavillon, 1^{er} étage, n° 18.

Garçon de 21 ans, vigoureux, bien constitué : il dit avoir une hernie à droite depuis environ dix années. Cette hernie descend quelquefois dans les bourses, mais il lui suffit de se coucher pour la réduire. Il n'en a jamais été incommodé et n'a jamais porté de bandage. Il restait toujours une petite partie non réduite dans la bourse du côté droit.

Le mardi, 7 février, à 6 heures du soir, sans cause appréciable, sans effort, la hernie sortit tout à coup ; douleurs vives qui obligèrent ce jeune homme à prendre le lit.

A huit heures il avait un vomissement abondant, composé de matières alimentaires et bilieuses.

La nuit suivante fut occupée par des coliques violentes sans vomissement.

Dans la journée du 8, il se produisit des vomissements fréquents, se produisant chaque fois que le malade ingérait quoi que ce fût. Dans cette journée, un médecin en ville fit une tentative assez prolongée de taxis et envoya le malade à l'hôpital. Les internes firent de nouveau le taxis, sans chloroforme, pendant dix minutes environ, après un grand bain d'une heure.

Dans la nuit, les vomissements se répétèrent à plusieurs reprises, accompagnés de coliques violentes. Depuis le début des accidents, ni matières ni gaz par l'anus.

Je vis le malade le 9, à 10 heures du matin, c'est-à-dire 40 heures après la sortie de la hernie.

Etat général bon ; pas de refroidissement des extrémités, ni du nez, ni de la langue.

Ventre modérément ballonné, douleurs spontanées sous forme de coliques ; un peu de sensibilité à la pression dans la région ombilicale. Les muscles des parois abdominales sont fortement contractés.

Tumeur inguino-scrotale d'un volume un peu supérieur à celui du poing.

Au toucher, on constate que la portion scrotale de la tumeur est mollassse ; près de l'orifice cutané du canal inguinal, elle est tendue et résistante. En

outre, tout le long du trajet inguinal, on sent une masse dure, résistante, tendue, se continuant en bas avec la partie contenue dans le scrotum.

La douleur est peu vive sur les bourses et à leur racine; elle est très marquée dans la région de l'orifice cutané du trajet, vive également dans la tuméfaction située au-dessus de l'arcade crurale dans l'épaisseur de la paroi.

Le testicule est très nettement isolable à la partie inférieure de la hernie.

Kélotomie. Une volumineuse masse épiploïque se présente, congestionnée, mais en bon état. Cet épiploon est adhérent à la partie inférieure du sac.

Le testicule se voit à la partie inférieure de l'incision.

L'épiploon écarté, une anse d'intestin grêle de 7 à 8 cent. de longueur se montre; elle est violacée, mais en bon état.

L'étranglement est situé très haut. Le doigt dépasse l'orifice abdominal et arrive sur une espèce de diaphragme qui enserre l'intestin. Le diaphragme est si serré, que je ne puis y insinuer l'ongle qu'avec peine.

Débridement en haut et en dehors.

L'intestin montre un sillon circulaire très marqué, avec commencement de destruction probable de la tunique musculaire.

Réduction avec précautions, dans la crainte de refouler l'intestin entre le péritoine et les muscles.

Le sac herniaire très épais et très adhérent; impossible de le décortiquer et de le réséquer.

Sutures. Pansement de Lister.

Guérison.

Vu :

Le Président de la thèse,

Nancy, le 28 juillet 1883.

Dr GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 28 juillet 1883.

Le Recteur,

M. MOURIN.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- WRISBERG. — Observat. anat. de testicul. ex abdomine descensu. Gottingen, 1779.
- CAMPER. — Klein Schrift im Teutschen, von Herbell, Leipsig, 1785.
- J.-L. PETIT. — Œuv. chirurg.
- J. CLOQUET. — Rech. sur les causes et l'anat. des hern. abdom. Th. de conc. Paris, 1819.
- LAFONT. — Hernie inguinale vaginale. Th. de Paris, 1830.
- VELPEAU. — Dict. en 30 vol., t. xvi, p. 452.
- COOPER. — Œuv. chir. Trad. franç. Paris, 1837.
- MALGAIGNE. — Leçons sur les hernies. Paris, 1843.
- FOLLIN. — Archives de médecine, 1851.
- NÉLATON. — Path. ext., t. iv.
- VIDAL DE CASSIS. — Path. ext.. t. iv.
- RIZZOLI. — Schmidts' Jahrbücher, 1863.
- CHASSAIGNAC. — Bullet. de la Soc. de Chir., 1863.
- GOSSELIN. — De l'étrangl. dans les hern. Th. d'agr., 1864.
- Id. — Leçons sur les hernies, 1865.
- LEDENTU — Anom. du testic. Th. inaug., 1869.
- W. ROSER. — Chirurgisch. Anatom. Vademecum. Stuttgart, 1870.
- LE ROY DES BARRES. — Hern. ing. vag. Th. de Paris, 1871.
- GOYRAND. — Clin. chirurg. 1871.
- ZUCKERKANDL. — Ueber den Scheidenforsatz des Bauchfelles. in Arch. für Klin. Chir., 1876, t. xx, p. 215.

B. SCHMIDT. — Die Unterleibsbrüche, in Handb. der allgem.
und spec. Chir. v Pitha et Billroth, 1878.

FÉRÉ. — Bull. de la Soc. anat., 1878, p. 229.

Id. — Etudes sur les orif. hern. Rev. mens., juin 1879.

J. BOECKEL. — Fragm. de Chir. antis., p. 396. Paris, 1882.

TRÉLAT. — Bull. de la Soc. de Chir., t. IX, 1883.

RAMONÈDE. — Le canal périt. vag. et la hern. pér. vag. étr.
chez l'adulte. Th. de Paris, 1883.

DURET. — Des variétés rares de la hern. ing. Th. d'agr.
Paris, 1883.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Combinaison de l'azote avec l'oxygène.
- 2° PHYSIQUE. — Mesure de la force musculaire. — Dynamomètre.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Insectes vésicants. — Cantharides, Méloës, etc., etc.
- 4° ANATOMIE. — De la plèvre.
- 5° HISTOLOGIE. — Du cristallin.
- 6° PHYSIOLOGIE. — Des nerfs du goût.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — Des abcès périnéphrétiques.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Plaies du foie.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Des varices.
- 10° THÉRAPEUTIQUE. — De la médication caustique.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — De la thoracentèse.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — Des différentes espèces de ruptures du col de l'utérus.
- 13° HYGIÈNE. — Du chauffage.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — De l'impuissance chez la femme : division, caractères, applications médico-légales.

